

病歴用紙（小児科用）

検体番号

患者氏名： ふりがな _____ 患者 ID： _____

生年月日： _____年 _____月 _____日 （満 歳 カ月） 性別： 男 ・ 女

臨床診断： _____

検体採取部位（筋名）： _____ （ _____年 _____月 _____日施行）

結果送付先 機関名： _____ 科名： _____

住所： 〒

TEL： _____

FAX： _____

主治医氏名： _____ E-mail： _____

（複数名の場合、結果送付時の宛名となる代表者名を最初に記載）

主訴： _____

現病歴： _____

家系図

家族歴： 血族婚（無・有 _____）

神経筋疾患（無・有 _____）

周産期： 母体の異常（無・有 _____）

胎動（正常・微弱）

新生児期：

出生時体重 _____ kg 身長 _____ cm 在胎 _____ 週 仮死（無・有）

分娩（自然・鉗子・吸引・帝切・その他 _____） Apgar Score（5分）： _____ 点

異常所見 黄疸（軽・中・重） 呼吸障害 痙攣 哺乳障害 啼泣微弱

その他 _____

発達歴： 追視（ ） 頸定（ ） 独座（ ） 這行（ ）

独立ち（ ） 独歩（ ） 有意語（ ） 二語文（ ）

身体所見： _____年 _____月 _____日

身長 _____ cm 体重 _____ kg 頭囲 _____ cm 胸囲 _____ cm

皮疹（無・有 _____）

脊柱変形（無・前弯・側弯） 胸郭変形（無・有） 股関節脱臼（無・有） 斜頸（無・有）
 関節拘縮（無・有_____） 関節過伸展（無・有_____）
 頸部運動制限（無・有 前屈・後屈・その他_____）
 小奇形（無・有_____） 呼吸障害（無・有_____）
 脳神経系： 眼瞼下垂（無・有） 眼球運動障害（無・有_____）
 高口蓋（無・有 狭高口蓋・広高口蓋） 舌の fasciculation（無・有）
 運動系： 四肢筋力低下（無・有 近位筋優位・全般性・遠位筋優位） 顔面筋罹患（無・有）
 頸部筋力低下（無・有） 筋緊張（正常・低下・亢進） 翼状肩甲（無・有）
 筋力変動（無・有 日内・週単位・月単位・その他_____）
 筋萎縮（無・有_____） 筋痛（無・有_____）
 筋肥大（無・有 腓腹筋・舌・その他_____）
 起立異常（無・有_____）
 歩行異常（無・有_____）
 深部腱反射：（正常・低下・消失・亢進） 感覚系：（正常・異常_____）
 小脳症状：（無・有_____） 不随意運動（無・有_____）
 知能：（正常・境界・低下） IQ, DQ_____ 痙攣発作：（無・有_____）
 その他_____

検査所見：

CK_____（正常値_____） AST_____ ALT_____
 LDH_____ ESR_____ CRP_____
 乳酸（血中）_____（正常値_____）（髄液中）_____
 ピルビン酸（血中）_____（正常値_____）（髄液中）_____
 各種自己抗体_____
 Aerobic exercise test _____
 (Ischemic) forearm exercise test _____
 筋電図_____
 神経伝導検査_____
 脳波_____
 画像所見（筋：CT・MRI・エコー） _____
 （中枢神経系：CT・MRI） _____
 髄液所見 _____
 眼底所見 _____ 心電図／心エコー _____
 呼吸機能 VC _____ L %VC _____ %（座位・臥位）
 その他 _____